

Numéro 7 – Septembre 2012 – Edition Spéciale

« FUMG : Filière Universitaire de Médecine Générale »

Vous avez dit « FUMG » ?

Edito

Pourquoi un syndicat professionnel de Jeunes Médecins représenterait-il les jeunes universitaires ? Pourquoi travailler à la promotion de la médecine générale ambulatoire tant sur le versant de son exercice que sur celui de l'enseignement et de la recherche ?

Depuis début 2012, ReAGJIR, via l'adhésion des chefs de clinique de médecine générale, **représente et défend à la fois la discipline et la profession**. Les jeunes généralistes ont fait ce choix pour construire une discipline au plus proche de l'exercice professionnel, et un exercice de terrain cohérent avec l'enseignement et la recherche.

La FUMG :

- C'est une **qualité de formation des futurs MG optimale**, donc des soins plus **efficaces**.
- Ce sont de futurs **MG tous convaincus de leur implication dans l'enseignement** (maîtrise de stage), et dans **la recherche** (investigateurs de terrain), donc un corps professionnel plus collectif et plus lié.
- Ce sont des **cadres universitaires de MG qui participent à des travaux de recherche socio-économique sur l'organisation du système de soins** (comme c'est déjà le cas pour quelques chefs de clinique déjà investis à l'IRDES – Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé - par exemple).
- C'est **un des leviers pour augmenter le nombre de médecins généralistes** : en effet, la FUMG offre une meilleure **visibilité** et donc une meilleure **attractivité** de la discipline au cours des études médicales. Les étudiants choisiront plus facilement cette spécialité s'ils sont davantage confrontés à des médecins généralistes modélisants.

Soutenir le développement de la **FUMG** n'est certes pas une mesure spectaculaire ni quinquennale en termes d'annonce et d'échéance. Mais c'est bel et bien **un enjeu majeur à moyen et long terme dans l'organisation du système de soins** et dans la **qualité des soins délivrés à nos patients**, enjeu non négligeable dans le contexte actuel de démographie médicale tant décriée.

*Pour le Bureau de ReAGJIR, Aude Mainguy, Présidente
et Catherine Laporte, Représentante du Collège des Chefs de Clinique.*

Historique

1958 : Ordonnances dites « Debré » : création des [centres hospitaliers et universitaires \(CHU\)](#) et des postes de médecins à plein temps hospitalo-universitaires.

1982 : Mise en place [de l'internat](#), qui réforme les études médicales (loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982). C'est la seule voie d'accès aux spécialités d'organe. Mise en place du [résidanat](#) destiné à former les généralistes: il s'agit d'un troisième cycle d'études médicales avec une formation pratique hospitalière (4 semestres), une formation théorique et un stage de sensibilisation à la pratique de la médecine générale (20 demi-journées).

1991 : Création du corps des [associés de médecine générale](#)

1996 : [Proposition](#) de création d'une filière de médecine générale au concours d'internat dans le rapport « Mattei et Etienne » sur les études médicales.

1997 : Mise en place du [stage en médecine générale](#) par l'ajout d'un cinquième semestre dans le cadre du troisième cycle de médecine générale.

[Création des « Départements Universitaires de Médecine Générale » \(DUMG\)](#), dotés de locaux et de moyens propres. Ils sont dirigés conjointement par un hospitalo-universitaire et un médecin généraliste. Création dans la [loi du stage de médecine générale en 2^{ème} cycle](#).

2004 : Premières Epreuves Classantes Nationales ([ECN](#)).
[Création du DES de médecine générale](#) (Arrêté du 22 septembre 2004).

2006 : Création de l'option « médecine générale » au sein de la [sous-section 53-01 « médecine interne »](#) du Conseil National des Universités.

2007 : Nomination des [premiers Chefs de Clinique de Médecine Générale \(CCMG\)](#), en l'absence de statut spécifique, le décret officiel ne paraîtra que l'année suivante. Création du [contrat ARS](#) pour assurer aux chefs de clinique ambulatoires le même revenu qu'un chef de clinique hospitalier. Création de [l'ANCCMG : Association Nationale des Chefs de Cliniques en Médecine Générale](#).

2008 : Vote de la loi précisant le cadre législatif de la filière et ses obligations : les soins doivent s'exercer en [ambulatoire](#).

Mise en place de la Commission Nationale d'Intégration ([CNI](#)) statuant sur l'aptitude des enseignants associés à être titularisés.

2009 : Définition légale du cadre du stage de 2^{ème} cycle de médecine générale, 12 ans après le texte de 1997.

Nomination des 10 [premiers Professeurs des Universités \(PUMG\)](#) titulaires de Médecine Générale (par la voie de l'intégration.)

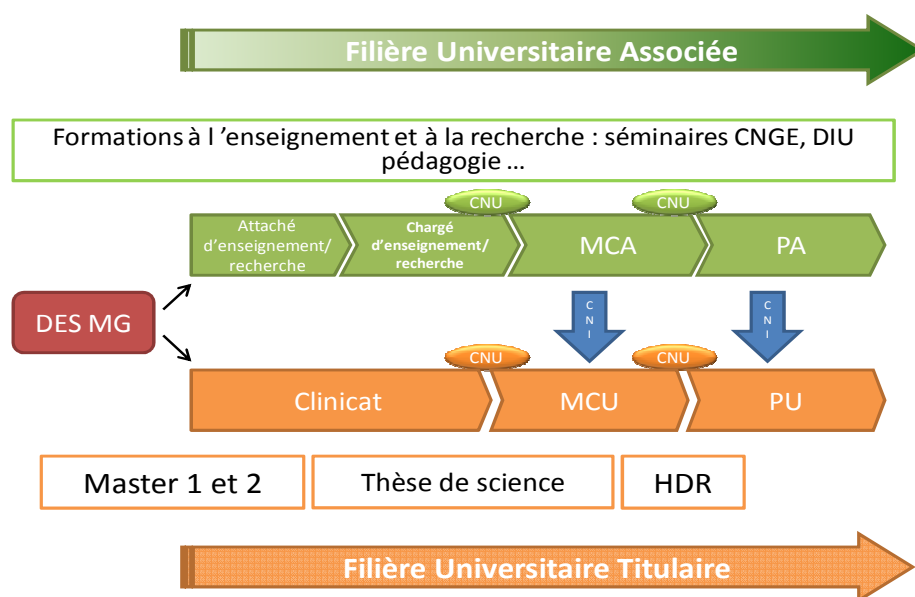
2011 : Nomination des [premiers Maitres de Conférences Universitaires \(MCU\)](#) par la voie du concours.

2012 : Possibilité de prorogation du clinicat via le statut de [Chef de Clinique Associé](#).

FUMG = Mode d'emploi

Deux voies sont possibles pour enseigner et/ou faire de la recherche en médecine générale au sein des **Départements Universitaires de Médecine Générale (DUMG)** : la filière universitaire titulaire ou la filière universitaire associée.

La **filière universitaire associée** nécessite une formation en pédagogie sur les plans théorique (Diplôme Inter Universitaire (DIU) de Pédagogie Médicale) et/ou pratique (séminaires du Collège National des médecins Généralistes Enseignants (CNGE)). Des formations en recherche sont également possibles. La sélection **des attachés et chargés d'enseignement ou de recherche** s'effectue au sein de chaque DUMG. Pour devenir **Maître de Conférence Associé (MCA)**, puis **Professeur Associé (PA)**, le dossier passe devant le CNU, avec un accent porté sur l'implication dans l'enseignement et une part soins en médecine générale.



La **filière universitaire titulaire** commence par le **clenicat** avec une sélection des chefs de clinique sur dossier par chaque DUMG. La détention d'un master 1, voire d'un master 2 dans un domaine scientifique proche de la médecine générale est un pré-requis appréciable. Pour devenir **Maître de Conférence des Universités (MCU)**, il faut passer un concours devant le Conseil National des Universités (CNU). Le nombre de **publications** dans des revues médicales à haut facteur d'impact (en particulier au cours d'une thèse de sciences), l'expérience en enseignement et l'implication dans des projets de recherche sont les éléments principaux pris en compte. Il faut avoir passé une thèse de science ou au moins être inscrit.

Pour devenir Professeur des Universités (PU), il faut détenir **l'Habilité à Diriger des Recherches (HDR)**, diplôme obtenu suite à l'encadrement de plusieurs travaux de recherche avec publications, avant de se présenter devant le CNU.

Bien évidemment, les deux filières ne sont pas compartimentées et les formations ne sont pas ici exhaustives : les titulaires doivent se former à la pédagogie et les associés participer à la recherche.

Des passerelles sont d'ailleurs possibles entre la filière des associés et celle des titulaires via la **Commission Nationale d'Intégration**.

Chefs de clinique : ???

*Etude menée par les membres du Bureau de l'ANCCMG
auprès des 69 chefs de clinique en 2011 : 50 répondants.
Présentée au congrès du CNGE, Nov. 2011, Bordeaux.*

Qui sont-ils ?

La parité est parfaite : **50%** d'hommes et de femmes ! Plus de la moitié est en couple et a des enfants, 1/3 est en couple sans enfant, le reste est seul sans enfant. **90%** habitent en zone urbaine.

Leur part soins

66% sont collaborateurs, **14%** installés, **10%** remplaçants, **6%** salariés, **4%** divers
50% urbain, **22%** rural et **28%** semi rural
64% à moins de 30 minutes mais **18%** à plus de 45 minutes de distance (domicile-cabinet).

Ils exercent **5 demi-journées par semaine**, et effectuent **50 à 60 actes par semaine**, en moyenne.

La recherche

66% ont validé un Master 1 (+2% en cours), **60%** ont validé leur M2 (18% en cours) et **34%** sont inscrits en thèse de science. Ils consacrent en moyenne **2 demi-journées par semaine** à la recherche. Ils travaillent au niveau local ou national avec des structures d'accueil pour leur projet de recherche (Inserm*, CIC*, IRDES*, SFTG*....). Ils encadrent des thèses d'exercice d'internes en MG (en moyenne : 2 soutenues et 4 en cours).

Ils ont tous communiqué **au moins une fois** en congrès national et international (communication orale ou poster). En revanche, **seuls 30%** d'entre eux ont une publication en 1^{er} auteur dans une revue indexée sur PubMed.

60% d'entre eux pensent que le fait de faire de la recherche influence leur activité clinique. **95%** souhaitent stabiliser cette activité ou l'augmenter encore.

La pédagogie

86% des chefs assurent au moins un enseignement magistral (c'est-à-dire > 30 étudiants). Ce qui représente entre **19 et 29 heures par an**. **94%** des chefs font au moins un enseignement de type interactif (petit groupe), ce qui représente **37 à 52 heures par an**.

62% sont en charge d'un enseignement. **42%** accueillent des stagiaires.
Seuls **30%** ont une formation à la pédagogie avant le clinicat. **70%** ont une formation à la pédagogie en sortant du clinicat.

Perspectives

Au moment de cette étude, il y avait **69** chefs de clinique. Si tous déclaraient être satisfaits de leur activité en tant que telle, tous confiaient aussi leur insatisfaction par rapport au **manque d'encadrement, de temps, de visibilité par rapport à l'avenir**.

CCA c'est quoi ?

La marche entre la fin du clinicat et le concours de MCU est haute. À l'instar des autres spécialités médicales, il est nécessaire d'étoffer son dossier plusieurs années après son clinicat pour répondre aux exigences du CNU, surtout en termes de publications de travaux de recherche.

Les candidats des autres spécialités patientent sur un poste de **Praticien Hospitalier**, souvent au sein du CHU, et ne subissent pas de perte de revenus lorsqu'ils se consacrent à leurs travaux de recherche ou assurent des heures de cours. La part soins des titulaires de médecine générale étant par définition en dehors de l'université et de l'hôpital, il existe un « **vide existentiel** » entre la fin du clinicat et le poste de **Maître de Conférences**.

Contrairement à ses collègues hospitaliers, la fin du clinicat entraîne **une perte de revenus** pour l'ex-chef de clinique en médecine générale (- 1 300 euros / mois). S'il augmente sa part soins au sein du cabinet, il aura moins de temps pour ses travaux de recherche, et des difficultés à diminuer son temps de présence au cabinet une fois le poste de MCU obtenu. S'il opte pour un poste de chargé de recherche ou de MCA, il risque d'emboliser la filière des associés et prend le risque de ne pas voir de poste de MCU s'ouvrir.

Pourtant, pour le chef de clinique sortant, il est nécessaire :

- de continuer ses travaux de recherche pour étoffer son dossier pour le CNU,
- de maintenir son niveau de vie.

La création d'un poste de **Praticien Généraliste Universitaire (PGU)**, par analogie au poste de Praticien Hospitalier Universitaire (PHU), constituerait une solution d'attente, réservée aux chefs de clinique qui prépareraient le concours de MCU. Cette proposition a déjà été faite aux Ministères par l'Association des Chefs de Clinique (avant leur représentation officielle par ReAGJIR), mais les modifications nécessaires de textes officiels sont complexes. Des postes de Chefs de Clinique Associés ont été créés de manière transitoire pour les CCU terminant leur clinicat en novembre 2012.

ReAGJIR reste mobilisé pour que les postes de PGU soient créés dans un proche avenir.

*Pour le Bureau de ReAGJIR,
Clarisse Dibao Dina, Chargée de Mission Régions du Nord.*



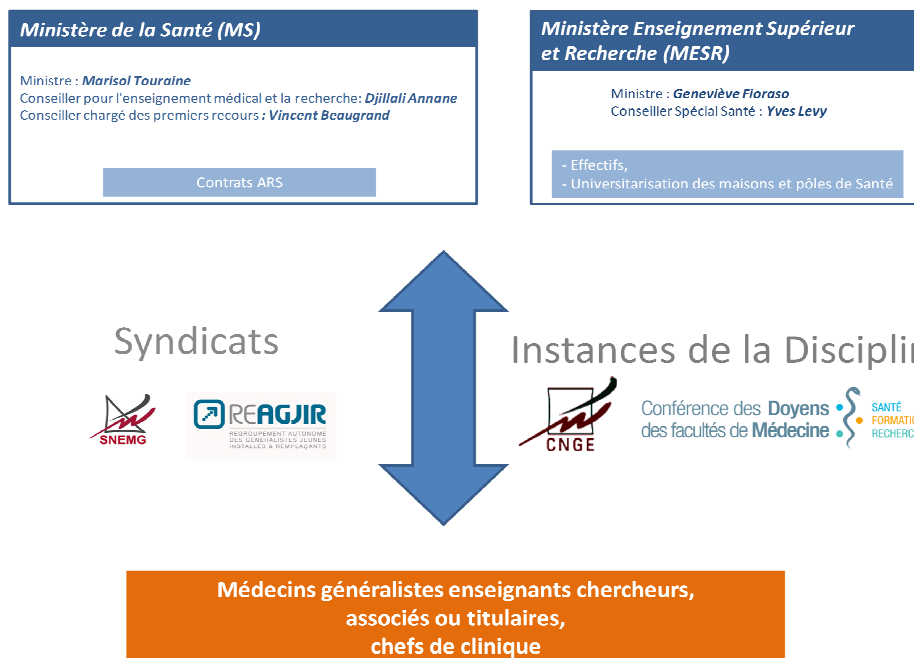
CLERMONT FERRAND
au Centre Diocésain | **VEN. 22 & SAM. 23 MARS 2013**

Fonctionnement institutionnel

Les chefs de clinique dépendent de 2 Ministères de tutelle.

Le **Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (MESR)** gère les effectifs d'enseignants comme pour toute filière universitaire, qu'elle soit médicale ou pas. Le MESR travaille également sur le dossier de l'universitarisation des Pôles et Maisons de Santé (choix des critères et du cahier des charges de labellisation). Enfin, la création d'un statut intermédiaire universitaire est entre ses mains.

Le **Ministère de la Santé (MS)** ne gère pas directement la FUMG mais est impliqué en tant que gestionnaire de l'offre et de la qualité des soins sur le territoire. Plus techniquement, le MS est en charge des contrats ARS. Ce contrat passé entre un chef de clinique collaborateur et son ARS lui assure un revenu au moins égal à celui d'un chef de clinique hospitalier, grâce à un versement fixe pour tous et un versement complémentaire si nécessaire.



Les interlocuteurs des ministères pour les enseignements de Médecine de toutes les disciplines sont essentiellement les doyens regroupés sous l'égide de la **Conférence des doyens**. Pour la Médecine Générale, les problématiques étant très spécifiques, le Collège National des Généralistes Enseignants (**CNGE**) est devenu l'interlocuteur privilégié pour notre discipline.

Cependant, si l'instauration d'une filière tourne autour de considérations universitaires qui se discutent entre ... universitaires (critères pour passer devant le CNU, etc.), il y a des questions plus syndicales : les effectifs, à commencer par le nombre de postes de chefs de clinique ouverts chaque année.

Les syndicats prennent alors le relais : c'est l'**ANCCMG** qui a représenté les chefs de clinique de 2007 à fin 2011. Depuis février 2012, **ReAGJIR** représente officiellement tous les jeunes médecins de la profession et de la discipline donc **les chefs de clinique mais aussi les jeunes médecins qui souhaitent s'engager dans l'enseignement ou la recherche sans embrasser de carrière universitaire**. Le **SNEMG** (Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale) fédère les enseignants seniors de MG des filières associée et titulaire : Chargé ou attaché d'enseignement, MCA, MCU, PA ou PU.

Et demain ?

A ce jour, on dénombre **75** chefs de clinique pour **10 000 internes de MG** (pour rappel, il y a 3 000 chefs de clinique pour le même nombre d'étudiants dans les autres spécialités).

10 chefs ont quitté la filière depuis sa création.

La 1^{ère} promotion de chefs à atteindre les 4 (ou 5 ans) de clinicat finit en novembre 2012.

A la rentrée 2012, **3 nouveaux chefs seront nommés MCU** (ce qui porte leur nombre total à 4) et **2 MCA** (ce qui porte leur total à 4 également).

10 chefs sortants seront prorogés sur des postes de **CCA** : ils n'ont à ce jour signé aucun contrat.

Quasiment tous leurs postes ont été renouvelés : les postes de chef de clinique ont été conservés pour la MG. En revanche c'est la 1^{ère} année où il n'y aura **quasiment aucune ouverture de poste** : le nombre de chefs de clinique restera autour de **75** l'année prochaine.

L'appel d'offre prévu par l'ancien ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche était un **effet d'annonce** : il ne sera pas mis en place.

Les motivations ne manquent pas, en témoignent le travail fourni par les chefs en poste et les candidatures au clinicat, mais l'absence de développement de la FUMG pourrait provoquer un **essoufflement général**.



Le mot de la fin

Depuis la nomination des premiers chefs de clinique en 2007, la FUMG s'est développée, certes, mais elle reste **fragile et insuffisante numériquement au vu des besoins de notre discipline**.

Dans un contexte de **démographie médicale incertaine**, il est absolument nécessaire de travailler au dynamisme de cette filière, condition sine qua non de **l'attractivité de la médecine générale**.

ReAGJIR, qui rassemble à la fois **la discipline et la profession**, poursuit son travail auprès des Ministères de tutelle pour permettre un **développement cohérent et à long terme de la FUMG, gage de qualité de la profession**.

Contacts :

Aude Mainguy, Présidente de ReAGJIR

06 42 18 40 14 president@reaqjir.com

Catherine Laporte, Représentante du Collège des Chefs de Clinique de ReAGJIR

06 11 37 55 52 chefsdeclinique@colleges.reaqjir.com